

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 19 Décembre 1906, à 1 heure

PAR

Alexandre BERTRAY

ÉTUDE SYNTHÉTIQUE ET CLINIQUE

SUR LES ANÉVRYSMES

DE

L'Aorte thoracique descendante

Président : M. LANDOUZY, professeur

*Juges { MM. RICHET (Ch.), professeur
POUCHET, professeur
LABBE (Marcel), agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

BONVALOT-JOUE

15, RUE RACINE, 15

1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. DEBOVE
Professeurs		MM.
Anatomie.....		POLIER
Physiologie.....		CH. RICHET
Physique médicale.....		GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.....		GAUTIER
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD
Pathologie médicale.....	}	HUTINEL
		BRISSAUD
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....		CORNIL
Histologie.....		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils.....		SEGOND
Pharmacologie et matière médicale.....		POUCHET
Thérapeutique.....		GILBERT
Hygiène		CHANTEMESSE
Médecine légale.....		THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		DEJERINE
Pathologie expérimentale et comparée.....		ROGER
Clinique médicale.....	}	HAYEM
		DIEULAFOY
		DEBOVE
Maladies des enfants.....		LANDOUZY
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		GRANCHIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		JOFFROY
Clinique des maladies du système nerveux.....		GAUCHER
Clinique chirurgicale.....	}	RAYMOND
		LE DENTU
		TERRIER
		BERGER
Clinique ophthalmologique.....		RECLUS
Clinique des maladies des voies urinaires.....		DE LAPPERSONNE
Clinique d'accouchements.....	}	ALBARRAN
		BUDIN
Clinique gynécologique.....		PINARD
Clinique chirurgicale infantile.....		POZZI
Clinique thérapeutique.....		KIRMISSON
		ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGRY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL, chef
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MAILLARD	des travaux anat.
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CUNEO	LABBE	MERY	VAQUEZ
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
ET DE MA MÈRE

A la mémoire de mon oncle et parrain

LE COMMANDANT ADOLPHE LAMOUR

Chef d'Escadron d'Artillerie de Marine
Officier de la Légion d'Honneur

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MADAME ÉDOUARD MOULLET
ET
A MONSIEUR ÉDOUARD MOULLET

Officier d'Administration de 1^{re} Classe du Service
de l'Artillerie, en retraite.

Officier du Nicham-Iftikar

Agent-Général de la Maison Fruhinsholz, à Paris

*Faible témoignage de mon inalté-
rable reconnaissance et de ma
profonde affection.*

A MADEMOISELLE HENRIETTE MOULLET

A M. AUGUSTE MOULLET

Chirurgien-Dentiste de la Faculté de Médecine de Paris

A M. ÉDOUARD MOULLET

A M. LOUIS MOULLET

A MADAME ET MONSIEUR LAMBERT (de Brest)

A M. LE D^r C. THIELLEMENT

A M. LE D^r R. BROU

A MES MAITRES DES HOPITAUX
ET DE LA FACULTÉ

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LANDOUZY

Professeur de Clinique médicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hôpital Laënnec
Officier de la Légion d'Honneur.

ETUDE SYNTHÉTIQUE ET CLINIQUE

SUR LES

Anévrysmes de l'Aorte thoracique descendante

INTRODUCTION

Les anévrysmes de l'aorte, lorsqu'ils atteignent la portion ascendante de la crosse et qu'ils viennent se projeter sous la paroi en formant des tumeurs pulsatiles s'accompagnant de souffles, claquements, ou de phénomènes de compression, sont d'un diagnostic aisé. Mais la clinique démontre tous les jours qu'il est souvent très difficile, pour ne pas dire impossible, de reconnaître une tumeur profondément située, même très volumineuse et ayant provoqué des dégâts considérables, tels que des destructions des corps vertébraux, compression de la moelle, etc. Une hémoptysie subite foudroyante, un hémio-thorax, une hématoméso violente surviennent et amènent la mort du malade, sans qu'on ait un

seul instant songé à l'anévrisme possible. Et pourtant s'il est des cas absolument latents, ne se traduisant par aucune gêne, aucun signe physique, bien souvent le malade s'est plaint de quelques phénomènes quel'on n'a pas songé à rapporter à leur véritable origine. Si l'on eût alors songé à pratiquer par exemple un examen radioscopique, on eût trouvé la cause des symptômes observés, et l'on eût pu en tirer des conclusions pronostiques, et même essayer un traitement antispécifique. Dans cette étude nous laisserons de côté les caractères communs à tous les anévrysmes, étiologie et pathogénie, pour nous occuper uniquement des anévrysmes de l'aorte thoracique descendante, et des symptômes qu'ils provoquent, en insistant tout particulièrement sur les symptômes digestifs, lésions œsophagiennes, symptômes œsophagiens et gastriques. S'il est des cas, en effet, où les anévrysmes de l'aorte thoracique sont tout à fait latents, il en est d'autres, fort intéressants, où la dysphagie, les hématomèses à répétition permettent d'établir un diagnostic. Nous chercherons à expliquer pourquoi certains anévrysmes restent latents, quoique très volumineux, pourquoi certains autres donnent lieu à un complexe symptomatique très riche, quoique leurs dimensions soient beaucoup moindres ; enfin nous chercherons à élucider la pathogénie des hématomèses à répétition et des différents symptômes œsophagiens observés.

ANATOMIE

Un mot d'anatomie précédant la description clinique permettra de mieux comprendre certains phénomènes observés. Aussi allons-nous indiquer rapidement les points qui nous paraissent avoir de l'importance au point de vue clinique dans les rapports de l'œsophage et de l'aorte thoracique descendante. Celle-ci commence au niveau de la quatrième vertèbre dorsale, et nous comprendrons dans notre étude les anévrismes qui correspondent au coude que forme la fin de la portion horizontale de la crosse avec la portion descendante. Au niveau de la quatrième vertèbre dorsale, l'œsophage, d'abord placé contre la colonne vertébrale, s'en éloigne pour passer en avant et cheminer au milieu des organes qui occupent le médiastin postérieur. Il décrit une sorte de spire autour de l'aorte thoracique ; placé d'abord à droite, il passe en avant de ce vaisseau, puis sur son flanc gauche qu'il longe. A ce niveau l'œsophage est entouré d'une nappe épaisse de tissu cellulo-graisseux et est fixé aux organes avoisinants par des tractus élastiques et musculaires, mais lâches et larges, qui lui rendent les déplacements

faciles et lui permettent de fuir devant les tumeurs développées dans le médiastin postérieur.

Au niveau du médiastin postérieur, les X se sont accolés à lui, passant, le gauche sur sa face antérieure, le droit sur sa face droite, puis postérieure.

ÉTIOLOGIE

Les anévrismes de l'aorte thoracique sont moins fréquents que ceux de l'aorte ascendante et de la crosse. D'après Boinet, il y aurait pour Lebert 24 anévrismes de l'aorte ascendante, 27 de la crosse pour 9 de l'aorte thoracique. Crispe donne la proportion de 21 pour 98 de l'aorte ascendante, 48 de la crosse, et les *Bulletins de la Société Anatomique* 33 pour 24 de l'aorte ascendante et 69 de la crosse de l'aorte. Ce dernier chiffre (33) paraîtra peut-être un peu considérable, mais il faut remarquer que les anévrismes de l'aorte ascendante et de la crosse, étant des choses assez banales, doivent être moins souvent rapportés à la Société Anatomique que les anévrismes de la portion thoracique dont la symptomatologie est plus confuse et donne lieu souvent à des erreurs de diagnostic.

Nous insisterons peu sur les causes déterminantes des anévrismes thoraciques, nous signalerons surtout la syphilis qui dans un des cas que nous publions était indéniable, car l'anévrisme était survenu chez une femme atteinte de tabes, survenu longtemps avant et qui confinait la malade au lit

depuis plus d'un an. C'est la seule influence qui nous paraisse jouer un rôle incontestable, tandis que le rôle des autres infections ou des diathèses ne nous paraît pas trop démontré, du moins dans les observations que nous citons à la fin de notre travail.

Rappelons que, d'après Broca, l'anévrisme de l'aorte thoracique existe dans la proportion de 15 o/o au-dessous de trente ans, de 29 o/o de trente à trente-neuf ans, de 35 o/o de quarante à quarante-neuf ans, de 43 o/o de cinquante à cinquante-neuf ans, de 50 o/o à soixante et au-dessus. Nous n'avons pu trouver l'original de l'opinion de Broca rapportée par Boinet, mais ayant consulté les *Bulletins de la Société Anatomique* depuis 1828 jusqu'à nos jours, nous n'avons pas rencontré d'anévrismes de l'aorte thoracique au-dessous de trente ans et il nous semble que la proportion de 15 o/o est considérable, et que celle de 50 o/o à soixante et au-dessus dépasse aussi la moyenne.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

En général, l'anévrisme de l'aorte thoracique est unique ; parfois cependant on peut noter deux et même trois poches anévrismales, soit sur l'aorte thoracique, soit sur la crosse de l'aorte, l'aorte thoracique et l'aorte abdominale. Le plus souvent toutes les parois du vaisseau sont uniformément dilatées de telle sorte qu'on est en présence d'un anévrisme répondant au type fusiforme. La dilatation peut embrasser tout ou partie de la longueur du vaisseau. Parfois sur une aorte dilatée dans toute sa hauteur, on observe un ou deux diverticules, des recessus, communiquant par un orifice plus ou moins grand avec la grande cavité. D'autres fois, l'aorte après avoir présenté une dilatation reprend son calibre normal pour quelques centimètres plus loin se redilater à nouveau.

Leur volume est d'ailleurs excessivement variable. Certains anévrismes de l'aorte thoracique sont énormes, ayant 4 à 5 centimètres de diamètre, remplissant tout le médiastin postérieur, venant bomber à l'extérieur à gauche de la colonne vertébrale, en usant, érodant les corps vertébraux et les côtés, pro-

voquant une gibbosité faisant penser à un mal de Pott (Comby).

D'autres ont le volume d'une noix (Soupault et Broc), la grosseur d'un bras. Chose remarquable, comme nous le verrons à la symptomatologie, ce ne sont pas les plus volumineux qui donnent lieu à de nombreux symptômes. Nous ne nous arrêterons pas longtemps sur la structure des parois de l'anévrisme car elle ne présente rien de particulier. Nous nous occuperons plutôt des lésions des organes avoisinants et des perforations de l'œsophage. Tous les organes du médiastin postérieur peuvent être comprimés. Souvent ce sont les vertèbres qui sont érodées, usées, et les corps vertébraux disparaissent plus vite que les cartilages intervertébraux. Parfois le corps de plusieurs vertèbres forme la paroi de l'anévrisme, les tuniques du vaisseau ayant complètement disparu. L'usure des corps vertébraux, l'ostéite raréfiante peuvent être telles que le sac anévrisimal vient au contact des enveloppes de la moelle. Les côtes peuvent aussi être érodées, usées mais moins fréquemment et moins profondément.

Les poumons peuvent être comprimés, refoulés ; il en résulte soit de l'atélectasie ou de la pneumonie chronique ; il peut se faire des adhérences avec la plèvre, un lent travail de destruction et l'anévrisme peut venir s'ouvrir dans cette dernière cavité ou en plein parenchyme pulmonaire.

L'œsophage peut être dévié, refoulé, comprimé, le tissu cellulaire lâche qui l'unit à l'aorte, l'espace

virtuel qui se trouve dans le médiastin postérieur, lui permettent de fuir au-devant de la tumeur, et dans bien des cas l'empêchent d'être comprimé. Parfois il est étalé, aplati au-devant de la tumeur. Quelquefois il est nettement comprimé, sa lumière interne est rétrécie par l'anévrisme qui bombe à l'intérieur et qui tend à l'oblitérer. Dans ces cas bien souvent l'œsophage contracte des adhérences avec la poche anévrismale, ses parois présentent des altérations notables et l'on peut noter des perforations qui sont la cause des hématomésès. Mais ces perforations œsophagiennes sont rares. Sur 272 cas d'anévrismes qui se sont rompus 142 fois, on ne trouve que quatre cas de rupture dans l'œsophage, alors que la rupture dans la plèvre, la trachée, le poumon est beaucoup plus fréquente.

La communication de l'aorte avec l'œsophage peut être unique ou multiple. C'est ainsi que dans le cas d'Ouvrard il existait deux communications établies par deux érosions à la face latérale droite de l'aorte, ayant chacune 7 à 8 millimètres de diamètre et séparées l'une de l'autre par une bride d'environ 3 millimètres de largeur, et par une ouverture d'un peu plus de 12 millimètres de diamètre, existant à la face latérale gauche de l'œsophage et correspondant aux deux érosions de l'aorte. La plupart du temps l'orifice de communication de l'aorte et de l'œsophage est arrondi, circulaire. Son diamètre varie d'une façon considérable pouvant atteindre jusqu'à 5 centimètres de diamètre (Servain). Tout indique qu'il

s'agit d'une perforation ancienne. L'aorte et l'œsophage sont unis par du tissu fibreux très dense. Vu par la face œsophagienne, les bords de l'ulcération, non enflammés, sont d'un brun ardoise, grisâtre, brunâtre. La muqueuse œsophagienne vient s'arrêter au niveau des bords de la perforation. Celle-ci est fermée ou recouverte par des caillots venant de la face interne de l'aorte qui peuvent faire saillie dans l'intérieur du conduit œsophagien, et qui jouent le rôle de valvules, placés devant la paroi œsophagienne à la façon de clapets ou de soupapes. On peut voir que la circonférence de l'ouverture œsophagienne est le plus souvent lisse, fibreuse, ce qui indique des lésions anciennes. Dans certains cas l'anévrisme n'a pas eu le temps d'user, d'éroder complètement les parois œsophagiennes. Cependant ce conduit présente aux points d'adhérence une couleur noir, un aspect gangreneux, une friabilité très grande qui fait qu'il se réduit en bouillie et se déchire à la moindre pression du doigt. Dans quelques cas l'anévrisme peut s'ouvrir au milieu des tuniques de l'œsophage. C'est ainsi que dans le cas de Reymond, au milieu des adhérences qui unissaient la tumeur thoracique au conduit œsophagien on trouvait une perforation par laquelle l'hémorragie s'était faite dans ce conduit. La tunique celluleuse était infiltrée par l'épanchement sanguin qui séparait complètement la cellulaire de la muqueuse. Les fibres circulaires de l'œsophage étaient disséquées par l'hémorrhagie. Celle-ci fusant dans la celluleuse

avait gagné l'estomac et autour du cardia avait provoqué une perforation par où le sang avait pénétré dans l'estomac. Lorsque ces perforations se produisent, le sang est rejeté en partie au dehors, en partie passe dans l'estomac. Celui-ci peut être distendu à l'extrême. Le sang qu'il contient forme souvent un gros caillot reproduisant la forme de la cavité gastrique et se prolonge antparfois dans le duodénum ou dans la partie supérieure de l'œsophage. La muqueuse gastrique est rouge, mais cette coloration disparaît au lavage. L'intestin grêle présente souvent la même coloration; lorsque l'hémorrhagie a été abondante, on peut trouver du méloëna.

Il nous faut signaler les lésions des pneumogastriques. Lorsque l'anévrisme occupe l'union de la portion terminale de la crosse et le commencement de l'aorte thoracique on peut observer des lésions du récurrent gauche qui, pris dans un tissu cicatriciel fibreux, peut être comprimé, tiraillé, dilacéré. Lorsqu'il s'agit d'un anévrisme franchement thoracique, ce sont les troncs des pneumogastriques droit et gauche qui peuvent être comprimés, enserrés par la tumeur anévrismale et les adhérences qu'elle provoque. Malheureusement en dehors de ces lésions macroscopiques, les altérations histologiques n'ont pas donné lieu à de nombreuses recherches, et il serait pourtant intéressant de connaître ces lésions, car il n'est pas douteux qu'elles ne jouent un rôle important dans la pathogénie de certains phénomènes.

Signalons en terminant les lésions de la plèvre et du poumon sur lesquelles nous n'insistons pas car elles se produisent par le même processus et sont identiques, au siège près, à celles observées dans les anévrismes de la crosse.

Le canal thoracique peut dans certains cas être comprimé et sa lumière totalement oblitérée.

SYMPTOMATOLOGIE

Nous résumerons rapidement certains symptômes communs à tous les anévrismes pour nous occuper plus particulièrement des symptômes propres aux anévrismes de l'aorte thoracique. Mais avant d'en commencer l'étude nous voulons attirer l'attention sur la forme latente de l'anévrisme thoracique, qui évolue sans aucun symptôme clinique, se terminant brusquement par rupture, hématomèse, hémoptysie foudroyante. Parfois, une cachexie rapide, un affaiblissement progressif de l'état général sont les seuls signes observés, presque jamais rapportés à leur véritable origine. L'espace virtuel dans lequel peuvent évoluer les organes peu nombreux qui traversent le médiastin postérieur, le tissu cellulaire lâche qui les unit, nous donnent une explication suffisante de cette latence absolue : l'anévrisme s'est développé dans la zone silencieuse de l'aorte, comme ont dit certains auteurs.

Le plus fréquent des symptômes au début c'est la névralgie d'un ou de plusieurs troncs nerveux. Ces douleurs sont dues à la compression des filets nerveux par l'anévrisme en voie de développement.

Elles se présentent souvent sous la forme de névralgie intercostale rebelle, droite ou gauche, à siège thoracique moyen ; mais il faut savoir qu'elles peuvent siéger au niveau de la région lombaire et faire croire à une affection rénale. Elles peuvent parfois apparaître et disparaître subitement, présenter des paroxysmes, phénomènes probablement dus à ce qu'à l'irritation produite par la compression s'ajoute une irritation due à des poussées inflammatoires péri-anévrismales sous des influences indéterminées.

Ces névralgies, ces douleurs parfois diffuses, dont le malade ne peut indiquer qu'imparfaitement le siège, persistent souvent seules très longtemps et ce n'est qu'à une période très avancée, alors que la tumeur est devenue très volumineuse, qu'apparaissent les douleurs véritablement atroces dues à l'érosion des os, douleurs térébrantes, ou les douleurs indiquant la compression de la moelle dorsale, douleurs s'accompagnant souvent de paraplégie douloureuse. Alors l'examen du malade permet de dénoter quelques symptômes physiques qui font faire le diagnostic.

Rares sont les cas où l'anévrisme, se développant vers le dehors, vient user les côtés et former, le long de la colonne vertébrale, le plus souvent à gauche, une tumeur saillante sous la paroi, animée de mouvements d'expansion, et pulsatile. Dans le cas de Comby elle était si volumineuse et s'accompagnait d'une telle déviation de la colonne vertébrale que plusieurs chirurgiens l'avaient prise pour un mal de Pott. Le plus souvent la tumeur reste profondément

cachée. Elle donne lieu à de la matité le long de la colonne vertébrale sur une étendue plus ou moins grande, sur trois ou quatre travers de doigt en largeur. L'auscultation pratiquée à ce niveau montre, dans une partie de la région pulmonaire, une diminution considérable du murmure respiratoire, parfois une disparition absolue. Il est assez fréquent de percevoir en dehors de la zone de matité un souffle dû à une compression des bronches. Rarement l'anévrisme donne lieu à des souffles cardiaques ou à des claquements particuliers, les bruits du cœur restent normaux, ce dernier organe même conserve son volume normal, et n'est que très exceptionnellement hypertrophié.

Il semblerait logique *a priori* que l'œsophage, qui est en connexion intime avec l'aorte thoracique sur la plus grande partie de son parcours, dût présenter des signes de compression et il est classique de dire que la dysphagie est un des symptômes fréquents des anévrismes de l'aorte thoracique descendante. Le dépouillement des observations montre qu'il est loin d'en être ainsi. Déjà Millard, en 1832, à propos de l'observation de Servoni, faisait remarquer combien était grande la tolérance de l'œsophage, et combien souvent l'absence de toute gêne de la déglutition était observée. Ainsi sur seize cas elle aurait fait défaut dans onze faits et n'aurait été notée que dans cinq cas, presque tous signalés par des auteurs anglais.

La gêne de la déglutition, lorsqu'elle existe, pré-

sente des modalités variables. Elle peut s'installer progressivement, le malade sent peu à peu une gêne à siège variable, une douleur rétro-sternale, latéro-vertébrale, siégeant toujours au même point, au niveau duquel il lui semble que les aliments sont arrêtés. Il a en un point précis, toujours le même, la sensation d'un obstacle au passage du bol alimentaire. Aussi choisit-il dans son alimentation les aliments qui passent facilement : purées de légumes, mie de pain, etc., diminuant progressivement le volume des bouchées ingérées, s'abstenant peu à peu de viandes, d'aliments solides pour être finalement réduit à n'absorber que des aliments liquides.

Cette dysphagie permanente, progressive et douloureuse, simule à s'y méprendre la dysphagie des rétrécissements organiques cicatriciels, cancéreux. Elle peut devenir absolue, entraînant le rejet immédiat des liquides ingérés et s'accompagnant d'un amaigrissement rapide avec cachexie qui contribue aussi à faire porter un faux diagnostic.

Si l'on pratique alors l'auscultation de l'œsophage par la méthode bien connue d'Hamburger, on n'entend que le premier bruit de la déglutition, signe qu'il existe une sténose ou un obstacle en un point quelconque du conduit œsophagien. Nous n'insisterons pas sur ce procédé dont la valeur a d'ailleurs été très discutée et qui n'est plus guère employé actuellement ; car il existe des procédés plus précis, en particulier la radioscopie.

Si l'on pratique la radioscopie, le malade étant

placé un peu obliquement pour que l'ombre de l'œsophage apparaisse au milieu de l'espace clair médian, et si l'on fait avaler au malade un cachet de bismuth ou une pilule, on voit celle-ci descendre dans l'œsophage, puis s'arrêter au-dessus du point rétréci, présenter des mouvements alternatifs d'élévation et d'abaissement dus aux mouvements péristaltiques et, lorsque le rétrécissement n'est pas trop serré, le franchir finalement et descendre jusqu'au cardia et dans l'estomac. Nous verrons au diagnostic les autres renseignements précieux que peuvent rendre la radioscopie et la radiographie dans les anévrismes de l'aorte thoracique descendante.

Une forme tout à fait différente de dysphagie, et peut-être plus fréquente, peut aussi s'observer. Un malade qui jusqu'alors n'éprouvait aucun trouble de la déglutition est pris subitement de l'impossibilité absolue d'avalier quoi que ce soit. Non seulement les aliments solides mais même les liquides sont immédiatement rejetés, à peine ingérés. Malgré tous ses efforts de déglutition le malade ne peut absolument rien prendre. Parfois la dysphagie est élective, plus marquée pour les solides que les liquides. Cette crise de dysphagie absolue, le plus souvent douloureuse, présente une durée variable, de quarante-huit heures, plusieurs jours, puis disparaît assez brusquement, s'atténue ou s'apaise, pour reparaitre quelque temps plus tard sans aucune raison apparente.

D'autres fois la dysphagie survenue brusquement persiste jusqu'à la fin de la maladie.

Voici donc trois formes différentes d'évolution de la dysphagie dans les anévrismes de la portion descendante de l'aorte thoracique. Comment peut-on expliquer qu'une même tumeur puisse présenter des symptômes si différents ? La dysphagie peut être due à ce fait que la tumeur anévrismale, en se développant, vient comprimer la lumière de l'œsophage, l'aplatir, la rétrécir, l'obstruer complètement. Dans ce cas la dysphagie évolue lentement, progressivement, suivant les progrès de la tumeur dont la progression est en général subaiguë. Dans ce cas la dysphagie correspond au type que nous avons décrit en premier.

Mais lorsqu'il se trouve que les filets nerveux du pneumogastrique et en particulier du récurrent sont englobés soit par la tumeur elle-même, soit par le tissu inflammatoire qui l'entoure, lorsque ces filets nerveux sont tirillés, enserrés, comprimés, il survient une excitation nerveuse brusque, qui se traduit par les crises de dysphagie aiguë que nous avons signalées, et qui simulent à s'y méprendre les crises d'œsophagisme, d'œsophago-spasme, qu'on peut observer dans l'hystérie par exemple. Cette variété de dysphagie s'observe surtout dans les anévrismes siégeant à l'union de la fin de la portion horizontale de la crosse et de la portion initiale de l'aorte descendante. Ils rentrent pour ainsi dire dans la catégorie, bien décrite par Dieulafoy et ses élèves, des anévris-

mes récurrentiels. Et même il est important de noter que les anévrismes qui donnent le plus lieu à des symptômes de dysphagie ne sont pas les anévrismes les plus volumineux, car on peut voir des anévrismes aplatis, rétrécir, proéminer dans la lumière œsophagienne et même perforer les parois de ce conduit sans qu'il y ait eu auparavant aucun trouble de la déglutition. Au contraire les anévrismes moyens, s'ils siègent à la partie supérieure, donneront lieu à des troubles dysphagiques qui ne sont nullement en rapport avec leurs dimensions. C'est donc le siège et le point où portent la compression qui règlent l'apparition de la dysphagie et ses caractères cliniques.

Mondière avait déjà insisté sur ce fait que l'œsophage ne réagit pas si la tumeur n'a pas contracté d'adhérences avec lui.

Si les anévrismes volumineux restent souvent silencieux, en revanche ce sont eux qui parviennent à ulcérer les parois œsophagiennes et qui donnent lieu aux hématomésés. Nous avons vu au chapitre d'anatomie pathologique combien rares étaient les perforations œsophagiennes. Parfois cette rupture succède à une période dysphagique qui a indiqué le travail d'adhérence et d'usure des parois œsophagiennes. Tantôt brusquement un malade en pleine santé apparente est pris d'une hématomésé violente. Il vomit à pleine bouche, à flots du sang rouge, pur, non aéré, plus foncé que du sang provenant d'hémoptysies. Cette hématomésé peut être foudroyante.

Le malade tombe en syncope, pâlit, son pouls devient filiforme, imperceptible, les battements du cœur s'arrêtent et en cinq minutes le malade est mort. D'autres fois, des malades présentent subitement une hématomèse de moyenne intensité. On observe le lendemain ou les jours suivants du méloena et tout rentre dans l'ordre jusqu'à ce que survienne une nouvelle hématomèse qui peut être définitive.

La survie consécutive à une forte hématomèse est très variable, la mort peut être immédiate, survenir au bout de six, huit, vingt-quatre, quarante-huit heures, ou bien un malade peut présenter, à des intervalles variables, plusieurs hématomèses. Certains malades ont mis un intervalle de huit mois entre la première hématomèse et la terminaison fatale. Dans l'intervalle de ces hématomèses à répétition la dysphagie peut disparaître complètement ou s'améliorer, lorsque les gros caillots qui bouchaient la lumière œsophagienne ont été expulsés.

En dehors de ces hématomèses et du méloena, nous devons signaler comme autres symptômes œsophagiens ou digestifs : le hoquet convulsif (Stokes), la difficulté des éructations (Chomel), des troubles dyspeptiques vagues (douleurs stomacales, diffuses), des efforts de vomissement après le repas, de la diarrhée, phénomènes sur lesquels Packardt, Mac Ready, Rumpf, Marchand ont appelé l'attention.

Il nous reste à signaler un dernier symptôme sur lequel MM. Hirtz et Lemaire ont dernièrement attiré

l'attention, c'est la présence du réflexe œsophago-salivaire au cours des anévrismes de l'aorte thoracique descendante.

Roger a démontré que l'introduction d'un corps étranger dans l'œsophage provoque presque instantanément une abondante sécrétion de salive. Sur les animaux le moindre attouchement de la muqueuse œsophagienne est suivi de mouvements de déglutition nombreux et rapides et d'une grande quantité de salive. Les expériences auxquelles s'est livré cet auteur montrent que ce sont les deux pneumogastriques qui représentent la voie centripète du réflexe. Ce réflexe doit être fréquemment mis en jeu, au cours de la déglutition, surtout lorsqu'un bol un peu volumineux irrite le conduit œsophagien. Ce réflexe, en produisant une salive abondante, facilite la progression des corps étrangers.

Roger pensait que les lésions inflammatoires de l'œsophage s'accompagnent également d'une abondante salivation. Rien de plus naturel et de plus logique que de voir une tumeur faisant saillie dans l'œsophage, ou comprimant les pneumogastriques, donner lieu à ce syndrome.

Dans le cas de Hirtz et Lemaire ce réflexe était intermittent.

Nous terminerons ce qui a trait à la symptomatologie des anévrismes de l'aorte thoracique descendante en disant que ces tumeurs peuvent se terminer en s'ouvrant dans une bronche, le médiastin, les plèvres ou le poumon, en donnant lieu à des

symptômes bien connus et communs à la rupture de tous les anévrismes dans ces organes ou cavités.

Comment expliquer ces hématomèses à répétition. Certains auteurs admettent que les caillots contenus dans la poche anévrismale, que les couches de fibrine stratifiée qui ferment la paroi agissent comme des soupapes, des valvules, et qu'elles viennent s'appliquer sur l'orifice pour le boucher.

Hirtz et Lemaire, tout en tenant pour juste cette hypothèse, pensent qu'il y a lieu de faire intervenir la réplétion de l'estomac et la portion inférieure de l'œsophage par le coagulum. Mais si cette explication est valable pour les survies de vingt-quatre ou quarante-huit heures, elle est incompatible avec les cas d'hématomèses à répétition survenues au bout de deux, six, dix-huit mois, où le malade a repris toutes ses occupations et ne présente plus aucun trouble dysphagique. Du reste, dans les observations, il est rare de voir noter un caillot œsophagien, même lorsque l'estomac est complètement rempli et dilaté par un coagulum énorme.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des anévrismes de l'aorte thoracique descendante est souvent difficile, on peut dire presque jamais fait lorsque manquent les signes caractéristiques des tumeurs anévrismales. Les erreurs sont nombreuses, les anévrismes présentant les mêmes signes que les tumeurs du médiastin, et certaines affections œsophagiennes, cancer, rétrécissements organiques, spasme de l'œsophage. De même les hématomés, les hémoptysies, les névralgies peuvent induire en erreur et être rapportées à des causes tout autres et souvent plus fréquentes : tuberculose, varices œsophagiennes, mal de Pott au début, etc., etc. Sans passer en revue toutes les affections avec lesquelles on les a confondus, nous dirons simplement quelques mots de deux procédés de diagnostic : le cathétérisme de l'œsophage, la radioscopie et la radiographie.

On est tenté de pratiquer le cathétérisme de l'œsophage en présence de symptômes dysphagiques. Mais ce procédé n'est pas sans danger. On connaît des cas où la sonde à boule olivaire a ramené des débris noirâtres semblables à des morceaux de chair ; le malade se sentit amélioré après ce cathétérisme,

la dysphagie diminuait, mais bientôt survint une hématemèse foudroyante ; la sonde avait ramené une partie des caillots qui obturaient l'orifice œsophagien. Donc il faudra toujours être réservé pour ce procédé. Il est d'ailleurs des cas où, malgré la dysphagie, le cathétérisme n'indique aucun rétrécissement, ceci lorsqu'il s'agit de spasme de l'œsophage par irritation du pneumogastrique.

Il est d'ailleurs un procédé dont nous avons déjà parlé et qui nous semble bien supérieur, c'est la radioscopie.

Nous avons déjà indiqué comment elle permettait de reconnaître et de situer un rétrécissement œsophagien ; lorsqu'il s'agit d'un anévrisme aortique, elle permet de le voir présentant des mouvements d'expansion, transmissibles sur l'écran. La radiographie en précise le siège et en donne une image exacte, permettant de mesurer son volume, ses rapports. Aussi depuis les travaux de Béchère sur ce sujet, est-il courant de faire radioscopier et radiographier tous les malades présentant des troubles dysphagiques pouvant faire penser à une sténose œsophagienne ou à une tumeur du médiastin. C'est là un des plus précieux éléments de diagnostic que les progrès de la science aient mis entre les mains du médecin.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Archives de médecine, 1858, p. 469. — *Anévrisme de l'aorte.*

Résumé de quelques faits intéressants publiés en Angleterre.
(Popham).

*Anévrisme faux de l'aorte descendante ayant amené la mort
par ouverture dans l'œsophage.*

Matelot, trente-trois ans, entre à l'hôpital le 20 juin 1846. Se plaint de douleurs à l'épigastre et de palpitations. La déglutition des aliments solides est très difficile, il nous dit que le bol alimentaire s'arrête à moitié route dans l'œsophage, et qu'il ne parvient dans l'estomac qu'après un second effort de déglutition. Il sent et peut indiquer le point où se trouve le bol alimentaire et fournit ces indications pour tout le trajet de l'œsophage. Après chaque repas, il y a vomissement, soit aussitôt après, soit quelques heures plus tard. La douleur n'apparaît que lors des repas. Mort le 28 juin.

Autopsie. — En écartant le poumon gauche on aperçoit une tumeur anévrismale de l'aorte descendante. Cette tumeur est grosse comme une noix de coco. L'œsophage et le sac étaient unis par des adhérences solides ; une portion des parois du sac

adhérente à l'œsophage était sphacélée et le canal alimentaire communiquait largement avec la poche anévrismale. L'estomac contenait environ quatre livres de sang.

OBSERVATION II (Résumée)

(Armiger. — *Medico-Chirurgical Transactions*, t. II, p. 244.)
Cas de dysphagie produit par anévrisme de l'aorte.

J. L..., quarante-trois ans. Entre en mars 1810.

Il se plaignait de ce que tout ce qu'il avalait semblait s'arrêter dans sa poitrine ; il sentait un grand malaise juste au-dessous du rebord des côtes gauches, et rarement, ou même jamais, il n'obtenait de soulagement qu'après avoir réussi, par des efforts répétés, à rejeter les aliments solides qui ne voulaient pas descendre plus bas. Son régime durant mai avait consisté en thé, porter et légers potages, et comme il vomissait jusqu'à l'orge détrempée, on ne pouvait pas douter de l'existence d'un rétrécissement de l'œsophage.

Dans la matinée du 2 avril, le malade vomit presque une pinte de sang ; vers l'après-midi, son pouls devint très intermittent et le soir il rejeta d'un coup au moins un quart de litre de sang ; après quoi il s'évanouit et expira.

Autopsie. — Abdomen. Dans cette cavité, il y avait quatre onces de liquide fortement coloré par les parties rouges du sang. L'estomac, le duodénum, le jéjunum, le transverse, étaient considérablement distendus par des gaz.

Thorax. — Dans les deux cavités de la poitrine, il y avait

un épanchement semblable à celui de l'abdomen, montant environ, pour chaque cavité, à sept onces.

En soulevant les poumons, qui étaient sains, la tumeur anévrismale entourée par les couches du médiastin postérieur s'apercevait aisément; elle siégeait à l'aorte descendante, et était placée sur les huitième, neuvième, dixième et onzième vertèbres dorsales, mais celles-ci n'avaient pas le moindre dommage. La poche semblait capable de contenir une pinte de sang.

Les membranes du médiastin, le bord de l'œsophage contre lequel pressait l'anévrisme et le tissu cellulaire de l'intérieur du médiastin, concouraient à former les parois de la tumeur. Au dedans de celle-ci, adhérant à sa surface interne, et unies les unes aux autres, étaient plusieurs stratifications concentriques de sang coagulé. Vers la partie supérieure et du côté droit, les tuniques de l'aorte étaient beaucoup plus minces que partout ailleurs, mais l'amaigrissement était plus grand encore au voisinage de l'endroit où la tumeur s'était finalement ouverte dans l'œsophage, à environ deux pouces au-dessous du passage de ce conduit à travers le diaphragme.

OBSERVATION III

(Bertin et Bouillaud. — *Traité des maladies du cœur et gros vaisseaux*, p. 110 et XL^e observation.)

Homme, vingt-six ans, pris, en travaillant, de suffocation, sort précipitamment, vomit une quantité considérable de sang noir et coagulé. Continue ses travaux pendant vingt-cinq jours.

Il éprouvait des insomnies, des étouffements et des douleurs dans l'estomac, la poitrine et le dos.

Autopsie. — Aorte saine jusqu'à la partie moyenne de sa crosse, où sa concavité offrait un trou dont les bords étaient inégaux et comme frangés. Cette crevasse donnait passage au sang qui allait remplir un sac anévrisimal, capable de contenir un gros œuf de poule, reposant sur le corps des troisième et quatrième vertèbres dorsales, et recouvert antérieurement par la trachée-artère et l'œsophage. Ce sac, déchiré à sa partie antérieure latérale droite, y présentait une ouverture capable de recevoir le doigt indicateur ; l'œsophage adhérent à ce point de l'anévrisme était aussi perforé, de telle manière que la cavité de la poche anévrismale communiquait librement dans celle de ce conduit. A la faveur de cette communication, il s'était fait un épanchement considérable de sang dans l'estomac. Ce liquide s'était séparé en deux portions : l'une séreuse, l'autre fibrineuse. Ce caillot pesait environ trois livres. L'intestin grêle renfermait aussi dans toute sa longueur du sang coagué.

OBSERVATION IV (Résumée)

(Bricheteau. — Bibliothèque médicale, 1816, t. XLIV, p. 342.)

*Description d'un anévrisme de la courbure de l'aorte
communiquant dans l'œsophage.*

Homme de cinquante ans environ, meurt la nuit suivant son entrée, subitement, après avoir vomé du sang.

Autopsie. — Estomac rempli et distendu par le sang. Sur la

face antérieure de la colonne vertébrale, à gauche, un sac anévrismatique, adhérent aux vertèbres qui forment son côté postérieur, confondu par son côté droit avec la paroi gauche de l'œsophage dont on ne pouvait le séparer, adhérent également d'une manière intime à la trachée-artère par son côté gauche. A droite existait une ouverture arrondie d'à peu près un pouce de diamètre en tous sens communiquant du sac dans l'œsophage qui lui était intimement uni. La circonférence de cette ouverture était lisse, inégale et de nature fibreuse ; il n'y existait aucune trace de déchirure récente ; elle était presque entièrement oblitérée par des caillots de sang membraniforme, enchevêtrés dans son pourtour.

OBSERVATION V

Observation inédite due à l'obligeance de M. Broc.

C... Joséphine, quarante-six ans, entrée à l'hôpital le 3 novembre 1904 pour impotence fonctionnelle d'origine tabétique.

Signes principaux du tabes. Abolition des réflexes rotuliens. Argyll-Robertson, ataxie locomotrice très marquée. La malade reste confinée au lit présentant de temps en temps des crises gastriques. Soumise au traitement mercuriel et à des séances de pendaison.

Jamais la malade ne s'était plainte de dysphagie ni d'oppression lorsque subitement le 8 août, à 6 heures du matin, elle est prise brusquement d'une hématomèse violente, rendant du sang noir foncé, non aéré, à pleine bouche, remplissant en quelques secondes une cuvette apportée en toute hâte par une

infirmière. Au bout de deux ou trois minutes, l'hématémèse s'arrête, la malade vue à 10 heures du matin est exsangue, le pouls filiforme, les extrémités froides, les bruits du cœur très affaiblis. On fait une piqûre d'ergotine et une injection d'un litre de sérum de Hayem. Vessie de glace sur le ventre. Le lendemain 9, melœna assez abondant, pas de nouvelles hématomèses. La malade très faible ne prend rien. Mort le 10 août 1906 à 5 heures du matin.

Autopsie. — Région thoracique étant ouverte, au-dessus du cœur de volume normal, on aperçoit la crosse de l'aorte un peu dilatée ; en voulant détacher le poumon gauche on aperçoit dans le médiastin postérieur une vaste dilatation anévrysmale de l'aorte descendante, de la grosseur des deux poings réunis, empiétant sur les quatrième, cinquième et sixième vertèbres dorsales, qui ont subi un commencement d'ostéite raréfiante. Le sac est enlevé avec l'œsophage adhérent et tous les organes du médiastin. L'œsophage placé derrière l'anévrysme est ouvert dans sa longueur. On trouve sur sa paroi antérieure une perforation de la largeur d'une pièce de 50 centimes environ, à bords noirâtres, circulaires, et bordée par la muqueuse qui se termine sur les bords en s'amincissant. Elle est fermée par des caillots sanguins qui l'obstruent en partie et qui la débordent du côté de l'aorte, libres par leur partie inférieure.

La lumière de l'œsophage n'était pas oblitérée ni diminuée, les pneumogastriques n'étaient pas comprimés. Pas de sang dans l'œsophage.

L'estomac distendu est rempli par un caillot de sang reproduisant sa forme et présentant même des sillons longitudinaux dus aux plis de la muqueuse. Sang non coagulé dans la première portion de l'intestin-grêle. La moelle présente des lésions dégénératives des cordons postérieurs.

OBSERVATION VI

(Dubar. — Société Anatomique, novembre 1879).

Simple anévrisme de l'aorte

Homme, quarante-huit ans. Entre le 26 février 1879. Depuis novembre 1878 éprouvait une certaine gêne dans la poitrine ; lorsqu'il mangeait, ses aliments descendaient difficilement. Il était obligé de boire pour faire descendre les aliments solides. Preuves manifestes d'une tumeur anévrismatique au niveau de la portion descendante de la crosse aortique et de la portion initiale de l'aorte pectorale. En juillet, avale difficilement les aliments solides. On le fait boire et en même temps on applique l'oreille au milieu de région dorsale. Au moment où le liquide descend, l'oreille perçoit un glou-glou tout à fait caractéristique. Il n'y a pas de doute qu'il existe un rétrécissement assez considérable du conduit œsophagien. La dysphagie se prononce d'avantage. En novembre, le malade ne peut plus avaler que difficilement les liquides. Mort le 15 novembre après une agonie de deux ou trois minutes.

Autopsie. — La crosse de l'aorte et la portion pectorale de cette artère se présentent avec trois tumeurs complètement distinctes séparées des unes les autres par des segments d'artère présentant les dimensions habituelles.

La deuxième tumeur, qui présente le volume d'une tête de fœtus à terme, répond à la partie descendante de la crosse de l'aorte et à la portion supérieure de l'aorte pectorale. Sur la ligne médiane l'œsophage passe entre elle et la bronche gauche.

Ces deux derniers organes sont fortement aplatis. Les pneumo-gastriques, le récurrent gauche, passent à ce niveau et ne semblent le siège d'aucune lésion. Enfin troisième tumeur au-dessus des piliers du diaphragme, du volume d'un œuf d'autruche.

OBSERVATION VII

Anévrisme de l'aorte pectorale. — Ephéméride de Montpellier
T. VI, p. 219.

Homme quarante-quatre ans. Déglutition facile, nulle apparence de dysphagie. Mort subite.

Autopsie. — Aorte ayant 4 pouces $\frac{1}{2}$ de circonférence, incrustée de plaques cartilagineuses à bords érodés. Vers la cinquième vertèbre dorsale, l'aorte pectorale présentait, en arrière et à droite, une cavité qui n'avait pu être aperçue qu'après incision ; elle pouvait contenir une orange de moyenne grosseur, était produite par la destruction visible des membranes de l'artère et offrait dans son centre une tache noirâtre et comme fongueuse, où le doigt facilement enfoncé, pénétrant dans l'œsophage, fit pressentir ce qu'on rencontrerait dans l'abdomen.

La région épigastrique était soulevée, l'estomac énorme, descendant jusqu'à l'ombilic et distendu par un caillot excessivement volumineux moulé sur ce viscère. Il n'y avait pas de sang dans le duodénum ni dans le reste du tube digestif.

OBSERVATION VIII (Résumée)

(Faucouneau-Dufresne, Thèse Paris, 1824, n° 220 page 25).

Femme de cinquante ans. Dans un accès violent d'oppression, rend par la bouche environ un demi verre de sang. Aussitôt après, faiblesse, syncopes successives et mort.

Autopsie. — Crosse aortique très volumineuse, dure au toucher. Lorsqu'on la fendit, on vit une cavité remplie par une masse de sang coagulé et laissant peu d'espace au cours de ce liquide. Cette tumeur comprimait la trachée et appuyait très fortement sur l'œsophage.

Extrêmement distendue en cet endroit et frappée par le choc du sang, la tumeur s'y était ouverte. A l'intérieur de l'œsophage se voyait une ouverture arrondie, grande comme une pièce de cinq sous. Les bords réguliers tendent à faire croire qu'elle était formée par un caillot que les efforts de la toux ont fait détacher. L'estomac était distendu par un énorme caillot mou, la partie la plus fluide avait déjà passé dans l'intestin grêle.

OBSERVATION IX

Griffon. — Société Anatomique 1899, page 328.

Volumineux anévrisme aortique thoraco-abdominal sans hypertrophie du ventricule gauche.

Homme de cinquante ans, mort après trois semaines de maladie et un séjour de trois jours seulement à l'hôpital pendant

lesquels on avait constaté de la matité sur une grande étendue de la poitrine à gauche de la colonne vertébrale.

Enorme poche anévrismale, développée aux dépens de la portion terminale de l'aorte descendante et de la première portion de l'aorte abdominale. Œsophage dévié vers la droite et légèrement comprimé. Estomac très congestionné au niveau des veines de la petite courbure à tel point que la région a un aspect violacé, hémorragique.

OBSERVATION X

Guibal. — Société Anatomique, 1868, page 516.

Homme, quarante-huit ans. Entre le 13 novembre 1868 à l'Hôtel-Dieu. Fonctions digestives régulières : Dyspnée violente. Mort le 18. A l'autopsie, anévrisme gros comme le poing développé aux dépens de la partie postérieure de la portion transverse de la crosse aortique et empiétant un peu sur le tronc brachio-céphalique. Bien qu'il n'y ait jamais eu de dysphagie, l'œsophage est comprimé et adhère à la tumeur. La dissection montra que les parois de l'anévrisme, au niveau de la soudure avec l'œsophage, sont très minces ; quelques suffusions sanguines montrent que la tumeur n'aurait pas tardé à se faire jour dans l'œsophage.

OBSERVATION XI

(Hallopeau. — Bull. Société Anat. 1867, p. 646).

Anévrisme de l'aorte. — Compression du nerf récurrent de la bronche gauche et de l'œsophage. — Communication de la poche anévrismale avec la bronche et l'œsophage.

V..., entre le 6 août 1868.

En janvier 1868, éprouve de la difficulté pour l'ingestion des aliments, une sensation pénible et de l'oppression au dernier temps de la déglutition.

La gêne de la déglutition est extrême, les liquides seuls peuvent être ingérés, mais leur passage jette le malade dans un tel état d'anxiété, qu'il éprouve la plus vive répugnance à avaler quoi que ce soit et ne se résigne à boire un peu qu'au moment où la soif devient insupportable. Mort au milieu de phénomènes asphyxiques.

Autopsie. — Dans la portion descendante l'aorte s'ouvre dans une tumeur anévrismale qui s'étend verticalement jusqu'à 8 centimètres au-dessus de l'anneau diaphragmatique, œsophage refoulé en avant et à droite. Deux perforations œsophagiennes s'ouvrant l'une dans la tumeur, l'autre dans la bronche droite. Première obstruée par des caillots denses qui ont suffi à empêcher l'hémorrhagie.

OBSERVATION XII

(Edgar Hirtz et Henri Lemaire. — *Société médicale des hôpitaux*, 7 mai 1906, page 465).

Homme âgé de cinquante-cinq ans. Entré le 3 mars. Depuis six mois se plaint de troubles digestifs. Depuis deux mois se sont montrés des vomissements fréquents qui surviennent après tous les repas. Tout d'abord les vomissements sont survenus une heure après les repas, puis ils sont devenus plus précoces, si bien que maintenant ils ont pris le caractère de véritables régurgitations. Aussitôt après les premières déglutitions, le malade se lève pour régurgiter ce qu'il vient d'avaler. Ce fait est constant pour les liquides. Les aliments solides sont en effet assez souvent conservés par l'estomac.

La déglutition n'est pas douloureuse et semble se faire sans difficulté. Le malade insiste sur ce fait que ce sont les liquides qui sont plus souvent régurgités que les solides. Jamais d'hématémèses ni de méléna. Renvois fréquents. Amaigrissement et affaiblissement depuis quatre mois.

Déglutition du malade : Le verre de lait qu'il avale est rejeté au bout de quelques secondes et en même temps le malade salive abondamment, si bien qu'il semble régurgiter une quantité de liquide double de celle qu'il a prise. Une bouchée de pain est déglutie sans difficulté et n'est pas vomie.

Jours suivants, la régurgitation des liquides est constante et s'accompagne toujours de salivation. Cette salivation est abondante, mais elle ne se produit qu'à l'occasion d'un essai de

déglutition. Elle cesse rapidement. Elle n'existe pas quand le sujet ne boit ni ne mange.

Le 8 mars, à 5 heures du soir, brusque et violente hématomèse. Le sang rendu, sans aucun effort de vomissement, est rouge, rutilant et pur, non aéré, ne contient pas d'aliments. En deux jets successifs le malade remplit deux crachoirs ; en un troisième qui suit les deux premiers d'une minute à peine, une cuvette est à demi-pleine. Syncope. Au bout d'une heure, garde-robe, véritable caillot de sang noirâtre.

Le lendemain 9, malade en état de collapsus marqué. A 5 heures du soir, hématomèse absolument semblable à celle qu'il a eue la veille. Aussi abondant, le sang est aussi rouge et aussi pur. Mort à 8 heures du soir dans le collapsus, avec une température de 35° 2.

Autopsie. — Aorte dilatée régulièrement depuis l'orifice de la crosse jusqu'au-dessous du diaphragme. Au niveau de l'orifice diaphragmatique se trouve un énorme anévrisme sphéroïde de la grosseur du poing. Au-dessous du pédicule pulmonaire, l'œsophage adhère à l'aorte. Cette adhérence est particulièrement intime au niveau de l'anévrisme.

L'œsophage un peu repoussé sur la gauche est intimement accolé à la paroi postéro-externe de l'anévrisme. Si l'on tente de séparer le conduit digestif de l'anévrisme, on constate qu'un orifice fait communiquer les deux cavités.

L'exploration de l'œsophage par l'estomac permet de vérifier l'existence de cet orifice. La paroi du conduit musculo-membraneux a été perforée au-dessous du cardia sur une hauteur de 5 centimètres. Le nerf gauche qui descend sur la face antérieure de l'œsophage est d'abord pris dans la gangue fibreuse qui réunit l'œsophage et l'anévrisme, puis il traverse perpendiculairement

l'orifice qui réunit les deux conduits. Dans cette traversée il est libre, comme artificiellement disséqué, entouré seulement par des caillots sanguins. Plus bas il repasse entre des adhérences aortico-œsophagiennes et arrive au diaphragme.

La poche anévrismale a son orifice aortique sur la paroi gauche de l'aorte. Cet orifice circulaire a un diamètre d'environ 5 centimètres.

La lumière de l'œsophage est à peu près normale ; à peine rétréci au niveau de l'anévrisme, le conduit n'est pas dilaté au-dessus de la tumeur.

OBSERVATION XIII (Résumée)

J.-O. Réardon (de Dublin).

*Cas d'anévrisme multiple de l'aorte, avec rupture d'une
des poches anévrismales dans l'œsophage.*

Bulletin des Sciences médicales, tome II, cahier d'octobre 1808.

Ecrivain, âgé de quarante-deux ans, entré à l'Hôtel-Dieu de Paris le 8 septembre 1807. Douleurs de la région lombaire, palpitations ; pouls gauche plus faible que le droit.

Les aliments, tant liquides que solides, occasionnent, par leur passage vers le milieu de l'œsophage, un sentiment pénible. Hématémèse violente suivie de mort immédiate.

Autopsie. — A la partie supérieure de l'aorte descendante sac anévrismatique d'un volume double de celui d'un poing ordinaire ; la cavité anévrismatique communiquait avec l'œsophage. Estomac rempli de sang.

OBSERVATION XIV

Kuss. — Société anatomique, 1896, p. 545.

*Hématome du médiastin consécutif à la rupture d'un sac
anévrismal de l'aorte descendante.*

Homme de quarante-trois ans, vu vingt-quatre heures avant la mort, Il se plaignait d'une gêne considérable produite par l'ingestion des aliments solides ou liquides. Ayant fait boire le malade devant nous, nous l'avons vu avaler facilement tout un verre de lait, mais aussitôt son visage déjà pâle devint livide, il se plaignit par gestes de nausées pénibles et bientôt il régurgita à plusieurs reprises, non pas le lait qu'il avait bu, mais des mucosités glaireuses et filantes. Il redoutait tellement ce genre de souffrances qu'il préférait s'abstenir de toute alimentation, bien que l'appétit fût conservé. Ces phénomènes sont apparus peu à peu, ils ont atteint leur maximum la veille de la mort. Mort par suffocation, asphyxie.

Autopsie. — A la terminaison de la crosse, l'aorte se dilate brusquement en une poche volumineuse circonférentielle longue de 10 centimètres, mesurant 28 centimètres de circonférence équatoriale.

En avant elle est sondée à l'œsophage qui est appliqué et largement étalé à la surface du sac : l'adhérence des deux organes est telle qu'il est impossible de les séparer, les parois sont confondues en une très mince membrane. L'élargissement de

l'œsophage étalé au niveau de l'équateur anévrisimal atteint 4 centim. 1/2.

La paroi du sac est molle. Elle est très amincie : 1^o à gauche au niveau de la plèvre ; 2^o au niveau de l'œsophage, non pas sur toute l'étendue de celui-ci, mais sur une surface limitée ; là il ne reste presque plus rien de la paroi et la cavité est fermée bien plutôt par l'adhérence intime de l'œsophage et de l'anévrisme que par le sac aminci à l'extrême ; il n'y a néanmoins aucune fissure aortico-œsophagienne ; mais la musculuse de l'œsophage est infiltrée par places de sang noir.

OBSERVATION XV

(Pendet. — Bulletins. Société anatomique, 1851)

Anévrisme de l'aorte descendante ouvert dans l'œsophage

P..., âgé de quarante-deux ans, entre le 3 octobre 1850 (service de M. Gendrin). Pendant toute une année qu'il demeura dans le service, il présenta constamment les mêmes symptômes, la déglutition des aliments, leur digestion étaient normales, jamais il n'avait eu de vomissements. Le 8 octobre dans la soirée, sans avoir accusé aucun phénomène de dysphagie, le malade rendit en deux fois par le vomissement, sans grands efforts, un quart de litre environ de sang noirâtre, demi coagulé, sans mélange de mucosités, puis une selle également sanguinolente fut rendue. On diagnostique alors un anévrisme de l'aorte ouvert dans l'œsophage. Dans la journée du 9, nouveaux vomis-

sements et selles sanguinolentes contenant une quantité de sang qu'on pouvait évaluer à plus de deux litres. Persistance des vomissements le 10 et le 11. Mort dans la soirée du 11.

Autopsie. — Estomac, intestin dans toute sa longueur distendu par un sang noirâtre abondant, la membrane muqueuse des voies digestives était saine. Un anévrisme du volume d'une grosse pomme, ovoïde, existait au niveau du point où l'aorte est en rapport avec l'œsophage fixé en arrière sur le rachis. L'anévrisme communiquait avec l'œsophage par une ouverture régulière, permettant le passage de l'index : les bords de la solution de continuité étaient un peu noirâtres, l'orifice incomplètement bouché par des caillots mous.

OBSERVATION XVI

(*Medico-chirurgical transaction*, t. II, p. 224).

Cas de dysphagie produit par anévrisme de l'aorte

Un mécanicien, âgé de cinquante-six ans, fait une chute en état d'ivresse, et croit s'être fracturé une côte ; quatre jours après il est pris subitement de dysphagie ; tout ce qu'il prenait s'arrêtait à un point fixe qu'il rapportait à environ trois pouces au-dessus du cardia. Mort avec tous les symptômes de l'inanition, quinze jours après la première apparition de la dysphagie. Vaste sac anévrisimal comprenant l'œsophage, au point même indiqué par le malade. Ce conduit offre sur une longueur de quatre pouces de son trajet une couleur noire et un aspect gangréneux. A ce niveau il se réduit en bouillie et se déchire

à la moindre pression du doigt (*London medical Gazette*, mars 1839).

OBSERVATION XVII

(Ouvrard. — Thèse 1811, n° 23, p. 25).

Homme quarante-cinq ans. Expire après avoir vomi à peu près une chopine de sang que l'on trouva dans un vase placé sur sa table de nuit. Aorte anévrismatique depuis sa naissance jusqu'au tronc cœliaque. Un peu au-dessus de la bifurcation de la trachée, l'aorte énormément dilatée, formait un ample sac, adhérent à gauche à la bronche du même côté, et du côté droit, intimement uni à la face latérale gauche de l'œsophage. Dans cet endroit, il existait une communication de l'aorte dans l'œsophage, établie :

1° Par deux érosions à la face latérale droite de l'aorte ayant chacune de 3 à 4 lignes (7 à 8 millimètres de diamètre) et séparées l'une de l'autre par une bride d'environ 2 lignes de largeur (3 millimètres).

2° Par une ouverture de plus de un demi-pouce (12 millimètres de diamètre), existant à la face latérale gauche de l'œsophage, et correspondant aux deux érosions de l'aorte. La circonférence de cette ouverture était d'un gris noirâtre ; des caillots de sang, durs et fibrineux bouchaient ces différents trous de communication.

Estomac volumineux, rempli de sang fluide et en caillot. Il en était de même de l'intestin.

OBSERVATION XVIII

Observation inédite due à l'obligeance de M. Broc.

Pierre P.... soixante-huit ans. Entré le 19 septembre 1906.

Malade aveugle depuis deux ans, vient pour faiblesse dans les jambes. On trouve à l'examen une ataxie du membre inférieur très marquée avec abolition du réflexe rotulien. Le malade aurait eu quelques années auparavant des douleurs fulgurantes et aurait été soigné avec des piqûres de bi-iodure de mercure. Il se plaint, en outre, d'une dysphagie survenue il y trois mois environ.

A l'examen, on trouve une forte matité sous la clavicule gauche, descendant de trois travers de doigt au dessous de cette clavicule, et une circulation veineuse collatérale légèrement marquée et limitée au côté gauche de la région thoracique supérieure.

A l'auscultation, on trouve à gauche, au sommet, une diminution considérable du murmure vésiculaire. La cœur est petit ; la pointe bat dans le sixième espace intercostal. Pas de souffles. Pas de retard du pouls. Aucun signe stéthoscopique en arrière le long de la colonne vertébrale.

Etant donné le teint cachectique du malade, on pense à un rétrécissement soit spécifique, soit néoplasique de l'œsophage, et on devait pratiquer un cathétérisme lorsque le malade fut pris subitement de raucité de la voix avec dyspnée en même temps qu'il se mit à saliver abondamment ayant toujours à côté de lui une cuvette dans laquelle il rejetait un mucus filant. On l'envoya au larynx pour être examiné. mais l'indocilité du malade ne permit pas d'apercevoir ses cordes vocales.

Le soir même de cet examen, le malade mourait subitement le 22 septembre 1906.

Autopsie. — A l'ouverture de la paroi thoracique, le poumon gauche étant écarté, on aperçut une tumeur anévrysmale du volume des deux poings environ réunis, qui avait pris naissance juste au niveau de la portion descendante derrière la sous-clavicule gauche et qui refoulait le poumon.

L'œsophage était aplati ; ce dernier conduit étant ouvert, on aperçut un anévrisme qui faisait saillie à l'intérieur de l'œsophage, rétrécissant ce conduit, et accolé à la paroi œsophagienne qui paraissait amincie à ce niveau. Le récurrent était englobé dans la partie supérieure de l'anévrisme qui renfermait de gros caillots anciens, stratifiés et un caillot récent agonique.

L'examen de la moelle et du cerveau n'a pas été fait.

OBSERVATION XIX

Ribierre. — Société anatomique, 1899, page 820.

Anévrisme latent de l'aorte thoracique descendante.

Homme, cinquante-trois ans, entré le 30 octobre 1899.

Le premier trouble qui attira son attention fut de la dysphagie; d'abord légère, elle devint assez pénible au bout de un ou deux jours, pour que le malade se résignât à ne prendre que du lait et du bouillon.

Examen. — La déglutition des liquides se fait facilement, celle des aliments solides donne lieu à une douleur, que le malade rapporte au niveau du manubrium.

Autopsie. — Volumineuse dilatation anévrysmatique de l'aorte thoracique descendante. La poche anévrysmatique proprement dite commence à cinq travers de doigt environ au-dessous de la sous-clavière gauche ; elle mesure dix centimètres dans son plus grand diamètre au niveau de la sixième dorsale.

L'œsophage devait être légèrement comprimé à sa partie moyenne.

OBSERVATION XX

Société Anatomique, 1887, p. 660. — Reymond.

Anévrisme de l'aorte ouvert au milieu des tuniques de l'œsophage.

La rupture s'est faite non pas à l'intérieur de l'œsophage mais entre les tuniques de ce conduit et a déterminé la mort à la suite d'une hématomèse. Malade âgé de cinquante-et-un ans, entré dans le service du Dr Lancereaux à la Pitié, pour de l'oppression avec quelques râles de bronchite. Il fut pris un matin de dysphagie avec raucité de la voix. On trouva une matité dans la région interscapulaire et le cathétérisme de l'œsophage montra qu'il y avait un rétrécissement du calibre de ce dernier répondant à l'union de son tiers supérieur et de ses deux tiers inférieurs. Il n'y avait d'ailleurs pas d'autres signes de dilatation anévrysmale de l'aorte.

Un matin, brusquement, le malade fut pris d'une hématomèse à laquelle il succomba au bout de quelques instants.

Autopsie. — Anévrisme de la partie terminale de la crosse

de l'aorte, et initiale de l'aorte thoracique, volume d'un gros œuf de dinde. La paroi postérieure de l'anévrisme comprimait l'œsophage, et l'on pouvait constater, au milieu des adhérences qui unissaient la tumeur à ce conduit, une perforation par laquelle l'hémorrhagie s'était faite dans l'épaisseur de l'œsophage. Lorsqu'on incise celui-ci, on le trouve vide de sang, mais sa tunique celluleuse infiltrée par l'épanchement sanguin sépare complètement la tunique cellulaire de la muqueuse. Les fibres circulaires de l'œsophage apparaissent disséquées par l'hémorrhagie.

Le sang s'est frayé un passage à travers cette tunique celluleuse jusque dans l'estomac autour du cardia. En ce point on trouve une accumulation de sang caillé atteignant le volume d'une grosse noix ; mais en ce point aussi il y a une perforation et l'estomac est rempli de caillots.

OBSERVATION XXI

(Sédillot. — *Recueil de Médecine Militaire*,
t. XXII, page 329.)

D... Lieutenant, entre à l'hôpital le 29 avril 1827. Le 3 mai vers quatre heures du matin, après une nuit calme et un sommeil tranquille, le malade rendit tout-à-coup par la bouche un sang liquide avec quelques caillots, mais noir et non écumeux ; plusieurs vases en furent en un instant remplis. Symptômes généraux des hémorrhagies graves.

La chaleur se rétablit graduellement, le pouls se relève, le malade reprend connaissance.

Mort le 27.

Autopsie. — Au-dessous de l'entrée du conduit aérien dans la poitrine, on rencontre une tumeur ovoïde, résistante, d'un volume égal à celui du poing et comprenant dans sa masse la trachée-artère, la crosse de l'aorte et l'œsophage. La tumeur anévrismale est remplie de caillots fibrineux et percée à son côté postérieur d'une ouverture assez large pour admettre l'extrémité du doigt et qui, glissant sur le côté de la trachée-artère, va s'ouvrir dans l'œsophage au niveau de la bifurcation des bronches. Des caillots peu solides ferment seuls cette communication. L'œsophage qui paraît sain en haut et en bas, est au niveau de la tumeur, confondu avec elle, aminci et enfin perforé à sa paroi antérieure. Estomac distendu par une grande quantité de sang en partie liquide, en partie coagulé. Il en existe aussi dans les intestins.

OBSERVATION XXII (Résumée).

Servoni. — *Bulletins Société Anatomique*, 1861, page 422.

Anévrisme de l'aorte descendante communiquant avec l'œsophage par une perforation ancienne. — Hématémèses multiples. — Mort. — Autopsie.

D... Auguste, quarante-sept ans, entre à l'hôpital Lariboisière le 20 avril 1861.

Jamais de maladies, n'a jamais rien ressenti, si ce n'est quelques douleurs dans le dos depuis environ trois mois.

Le vendredi soir, veille de son entrée, il se sentit mal à son aise ; néanmoins le samedi matin, il put encore sortir et

déjeuner légèrement. Le malaise augmenta, et rentré chez lui, il fut pris brusquement vers 3 heures de relevée, d'un vomissement de sang considérable, et qu'il évalue à trois litres au moins. Dans la nuit du samedi au dimanche à l'hôpital, il eut une seconde hémorrhagie d'un litre environ et qu'on put voir à la visite. Le sang était rutilant, spumeux en quelques endroits, nulle part mêlé à des débris de nourriture.

Dans la journée, le malade eut encore une hémorrhagie et le soir, à 7 heures, peu après une quatrième, il mourut. Les accidents avaient duré vingt-huit heures.

A l'ouverture du cadavre, on trouve les intestins fortement colorés en rouge et remplis de sang ; l'estomac en contient peu et n'est le siège d'aucune ulcération.

Grosse de l'aorte uniformément dilatée ; au point où l'aorte d'horizontale devient descendante, elle se dilate brusquement suivant toute sa circonférence et présente un sac anévrysmatique fusiforme, gros comme le poing et qui offre plusieurs dilatations partielles, saillantes, où ses parois sont plus minces. En fendant l'œsophage, très peu dévié de son trajet, on trouve à sa paroi antérieure une ouverture circulaire de 5 centimètres de diamètre, par laquelle la face externe du caillot fait légèrement saillie. C'est sans doute la pression de ce caillot qui a ouvert l'œsophage. Les bords de l'ulcération, non enflammés, sont d'un brun ardoisé qui indique que cette lésion remonte certainement à plusieurs semaines, peut-être à plusieurs mois. Le caillot s'est détaché, en dedans du sac, par son bord inférieur et le sang s'est échappé par cette issue. C'est ce bord libre du caillot qui, faisant soupape par la pression et le cours du sang, permet d'expliquer l'intermittence de l'hémorrhagie.

La muqueuse œsophagienne est saine partout ailleurs.

OBSERVATION XXIII

Soupault et Broc. — *Bulletins Société médicale des hôpitaux*,
octobre 1903.

Troubles dysphagiques mortels, dus à la compression de l'œsophage par l'aorte légèrement ectasiée et passant en arrière de lui.

Rob... Charles, quarante-cinq ans, entré à Bichat le 28 juillet 1903. Le malade a déjà été soigné à deux reprises différentes, en 1900 et en avril 1903, pour des troubles dyspeptiques, douleurs et vomissements, difficiles à étiqueter d'après la description confuse qu'en donne le malade.

A son entrée à l'hôpital, se plaint d'une gêne de la déglutition qui remonte à plusieurs mois et augmente de plus en plus.

Actuellement, la déglutition de tout aliment s'accompagne d'une gêne très douloureuse au niveau du sternum. Les aliments solides ne peuvent jamais franchir l'obstacle siégeant à ce niveau ; et le malade se déclare absolument incapable de les avaler ; les aliments liquides sont souvent arrêtés et reviennent dans la bouche par régurgitation sans efforts ni nausées. Même la salive est difficilement déglutie et le malade la crache continuellement. Dysphagie extrêmement marquée.

Le 30 juillet, cathétérisme de l'œsophage avec le cathéter à olive.

On peut introduire avec la plus grande facilité et sans éprouver la moindre résistance des olives de toutes dimensions ; on passe aussi facilement le tube souple de Faucher qui pénètre sans résistance en aucun point jusque dans l'estomac.

Ces résultats négatifs du cathétérisme sont donc en opposition formelle avec les données de l'observation clinique.

Examen radioscopique (Béclère). — « Espace clair moyen (où passe l'œsophage) obscur à sa partie médiane, ce qui est probablement dû à une adénopathie médiastine assez marquée. En faisant avaler au malade un cachet de bismuth on voit que celui-ci est arrêté au niveau de l'épine de l'omoplate précisément au point où se trouve la tache obscure précédemment signalée. Mais cet arrêt n'est que passager. Au bout d'un certain temps le bismuth se fractionne et s'effile pour arriver dans l'estomac. » Il existe donc des phénomènes très nets d'obstruction œsophagienne.

Mort le 7 juillet par syncope due probablement à l'inanition prolongée à laquelle l'ont condamné ses troubles dysphagique.

Autopsie. — La crosse de l'aorte passe par-dessus le pédicule pulmonaire droit, se recourbe en arrière derrière la trachée, puis se place derrière l'œsophage, qui se trouve enserré entre la trachée et l'aorte thoracique et passe à gauche de ce conduit pour descendre vers le diaphragme.

Trois troncs vasculaires naissent de la crosse de l'aorte, le troisième (probablement la sous-clavière gauche) croise la face postérieure de l'œsophage, et se dirige à gauche ; au-dessous et un peu en avant de son origine on trouve sur l'aorte une dilatation anévrismale du volume d'une petite noix qui vient très nettement comprimer l'œsophage sur lequel on voit une dépression très nette.

OBSERVATION. XXIV (résumée)

Weill et Mauban. — Société Anatomique 1898, p. 813.

*Anévrisme de l'aorte descendante rompu dans
l'œsophage, à évolution lente*

Crép. A..., cinquante et un ans, entrée le 3 septembre. Etait très anémiée par trois hématomèses abondantes survenues coup sur coup.

La maladie débuta en novembre 1897 par un vomissement de sang assez peu abondant. En mars 1898, nouvelle hématomèse, mais celle-ci plus importante dure deux jours pendant lesquels la malade rend de temps en temps, presque sans effort, une certaine quantité de sang rouge, rutilant et liquide. Cette hématomèse fut accompagnée de douleurs violentes au creux épigastrique.

Le vendredi 2 septembre, quatre heures après le repas du midi, la malade éprouve une violente douleur au creux épigastrique. Immédiatement après, elle vomit environ trois quarts de litre d'un sang rouge, rutilant et liquide. Dans la nuit suivante, elle remarque du sang dans ses matières ; enfin le lendemain 3 septembre survient une nouvelle hématomèse qui décide la malade à entrer à l'hôpital.

4 septembre. — *Melæna*.

5 septembre. — Hématomèse assez abondante. Rutilant et liquide au moment du vomissement, le sang se coagule rapi-

dement dans la cuvette comme le sang d'une saignée. Vomissements.

15 septembre. — Les vomissements s'accroissent et deviennent porracés, la douleur s'exagère.

18 septembre. — Les vomissements avaient cessé, quand brusquement vomissement d'une quantité considérable de sang, et mort.

Autopsie. — Volumineux anévrisme fusiforme occupant la plus grande partie de l'aorte descendante. Cet anévrisme présente un orifice arrondi de 5 à 6 millimètres par lequel il communique avec l'œsophage ; cet orifice du côté aortique est en partie fermé par deux coagulations sanguines ; du côté de l'œsophage la muqueuse est colorée par le sang suffusé. L'estomac contient du sang dans sa cavité.

OBSERVATION XXV

Sauvages-Millot. — Soc. anat., 1861.

Nosograph. methodi. class. IX, Hematemesis.

Cadavere aperto, inveni ventriculum septum vel octo libris sanguinis distensum, aortam ad brachii magnitudinem per spatium septem vel octo pollicum dilatam et orificium denarii magnitudine aortæ et œsophago continuo commune, quod tamen quinque cristæ carneæ, veluti valvulæ, ex ambitii orificii oriundæ et circumpositæ potuerant obturare ; per hoc orificium sanguis ex aorta fluxerat in œsophagum.

CONCLUSIONS

I. — Les anévrismes de l'aorte thoracique descendante, en raison de leur siège sont très souvent latents.

II. — La dysphagie n'est pas un symptôme fréquent de cette variété d'anévrisme. Elle peut revêtir deux types principaux : être progressive et permanente, simulant la dysphagie des sténoses organiques ; être brusque, passagère, élective, due dans ce cas à un spasme œsophagien par irritation du pneumogastrique. La gêne de la déglutition peut exister sans douleur. La déglutition s'accompagne de vomissements et de régurgitations.

III. — La terminaison par hématomèse est moins fréquente que la terminaison par hémoptysie. On peut observer des hématomèses à répétition et une survie avec reprise de la vie active et des occupations habituelles d'une très longue durée (jusqu'à dix-huit mois).

IV. — L'apparition du réflexe œsophago-salivaire de Roger est due à l'irritation des pneumogastri-

ques par la tumeur anévrismale, comprimant l'œsophage.

V. — La radioscopie et la radiographie rendent les plus grands services pour le diagnostic de ces tumeurs médiastinales.

Vu : le Président de la thèse :

LANDOUZY

Vu : le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Armiger.* — Medico-chirurgical, transactions, tome II, p. 244.
- Bricheteau.* — Bibliothèque médicale, 1816, t. XLIV, p. 342.
- Bertin et Bouilland.* — *Traité des maladies du cœur et des gros vaisseaux*, p. 110 et XL^e observation.
- Broc.*
- Dubar.* — Société Anatomique, novembre 1879.
- Hirtz (Edgard) et Lemaire (Henri).* — Soc. méd. des Hôp.,
7 mai 1906, p. 465.
- Ephémérides de Montpellier, t. VI, p. 219.
- Fauconneau-Dufresne.* — Thèse, Paris, 1824, n° 220, p. 25.
- Griffon.* — Soc. Anat., 1899, p. 328.
- Guibal.* — Soc. Anat., 1868, p. 516.
- Hallopeau.* — Bullet. Soc. Anat., 1867, p. 646.
- Kuss.* — Société Anatomique, 1896, p. 545.
- *Medico-Chirurgical transactions.* — T. II, p. 224.
- Millard.* — Rapport sur un cas d'anévrisme de l'aorte descendante communiquant avec l'œsophage par une perforation ancienne. Bullet. Soc. Anat. de Paris, 1861, XXXVC, 422-439.
- Mondière.* — Sur les maladies de l'œsophage (Archives, 1883, t. III, p. 51.
- Ouvrard.* — Thèse, 1811, n° 23.
- Paul (C.).* — Traité des maladies du cœur et de l'aorte, 1886.
- Popham.* — Archives de médecine, 1858, p. 469.

Potain. — De l'anévrisme latent de l'aorte. Médecine moderne
1893.

Réardon (J.-O.). — Bullet. Sc. Médic., t. II. Cahier d'octobre
1808.

Reymond. — Soc. Anat., 1887.

Ribierre. — Soc. Anat., 1899, p. 820.

Roger. — Presse Médicale, 14 décembre 1904 : Le Réflexe,
œsophago-salivaire.

Sawagès. — Nosograph. methodi. Bull. Soc. Anat., 1861.

Schelle (A.). — Zur Casuistik des Aneurisma deu Aorta des-
cendens, 8° Würzburg, 1893.

Sédillot. — Recueil de médecine militaire, t. XXII, p. 329.

Sérullaz. — Considération sur les anévrismes de l'aorte et par-
ticulièrement sur ceux de la portion descendante.
Journal de méd. de Lyon, 1864, ii 26-36.

Servoni. — Bull. Soc. Anat., 1861, p. 422.

Soupault et Broc. — Bull. Soc. Méd. des Hôpitaux, octobre
1903.

Vallois. — Des anévrismes de l'aorte thoracique descendante.

Weill et Mauban. — Soc. Anat., 1898, p. 813.